

La Télémédecine comme Solution aux Inégalités de Sante en milieu Rural Ivoirien : Promesses et Limites

Ablakpa Jacob AGOBE

Maître de Conférences (CAMES)

Ecole Doctorale SCALL-ETAMP

Université Félix Houphouët-Boigny

Département de sociologie

jacobagobe@yahoo.fr

agobe.jacob42@ufhb.edu.ci

ADJOURMANI Kobenan

Maître-Assistant (CAMES)

Université Félix Houphouët-Boigny

Département de sociologie

adjkobenan@yahoo.fr

Résumé :

Cette recherche sociologique vise à explorer comment la télémédecine pourrait contribuer à réduire les disparités dans l'accès aux soins de santé dans les zones rurales de la Côte d'Ivoire. Elle met également en lumière les freins structurels, culturels, économiques et technologiques susceptibles d'en limiter l'impact. L'étude adopte une méthodologie qualitative basée sur une triangulation des données, combinant une analyse documentaire, des entretiens semi-directifs et des récits autobiographiques. Elle s'inscrit dans un contexte précis, prenant en compte les particularités des milieux ruraux ainsi que les inégalités socio-économiques influençant l'accès, l'utilisation et l'efficacité des technologies de télémédecine. Ces disparités, qu'elles soient liées à des facteurs tels que la pauvreté, la faible littératie numérique ou l'insuffisance des infrastructures locales, impactent directement la capacité des populations rurales à bénéficier de soins de qualité. Par ailleurs, elles mettent en évidence des défis majeurs dans l'intégration de la télémédecine, qui ne se résume pas à la mise à disposition d'outils technologiques, mais touche également à des questions plus profondes de pouvoir, de confiance et de perception dans le domaine de la santé. Les résistances culturelles et les appréhensions concernant les soins à distance illustrent ces enjeux. Cette analyse souligne ainsi la nécessité d'une approche globale et ancrée dans le contexte pour mieux évaluer la capacité réelle de la télémédecine à atténuer les inégalités en matière de santé.

Mots clés : télémédecine, inégalités de santé, milieu rural, promesses, limite.

Abstract :

disparities in access to healthcare in rural areas of Côte d'Ivoire. It also highlights

the structural, cultural, economic and technological obstacles likely to limit its impact. The study adopts a qualitative methodology based on data triangulation, combining documentary analysis, semi-structured interviews and autobiographical accounts. It is set in a specific context, taking into account the particular features of rural environments and the socio-economic inequalities influencing access to, use of and effectiveness of telemedicine technologies. These disparities, whether linked to factors such as poverty, low digital literacy or inadequate local infrastructure, have a direct impact on the ability of rural populations to benefit from high-quality care. At the same time, they highlight major challenges in the integration of telemedicine, which is not just about making technological tools available, but also touches on deeper issues of power, trust and perception in the healthcare field. Cultural resistance and misgivings about remote care illustrate these issues. This analysis highlights the need for a comprehensive, context-based approach to better assess telemedicine's real ability to reduce health inequalities.

Key words : telemedicine, health inequalities, rural areas, promises, limits.

Introduction

L'analyse de cet objet de recherche s'articule autour de deux constats empiriques fondamentaux, qui servent de repères pour orienter l'investigation sociologique et approfondir la compréhension des dynamiques sociologiques.

D'une part, l'amélioration de l'accès aux soins spécialisés. Ici, la télé-médecine, en permettant aux patients des zones rurales d'accéder à des consultations spécialisées à distance, pourrait réduire significativement les barrières géographiques et logistiques qui freinent actuellement l'accès aux soins spécialisés. Cela inclut la possibilité de consulter des médecins spécialistes en dermatologie, cardiologie, pédiatrie et autres domaines, sans avoir à se déplacer sur de longues distances vers les centres urbains, ce qui est souvent coûteux et contraignant. Cette facilitation de l'accès pourrait réduire les délais de prise en charge, en permettant une intervention plus rapide dans des situations de soins urgents ou chroniques. De plus, l'élimination des déplacements permet non seulement de diminuer les coûts directs liés au transport mais aussi de réduire la charge sur les infrastructures de santé urbaines, souvent saturées.

D'autre part, on a la réduction des coûts de transport et de logistique : l'un des principaux obstacles à l'accès aux soins dans les zones rurales de la Côte d'Ivoire est le coût élevé associé aux

déplacements vers les centres de santé urbains. En effet, les patients vivant dans des villages isolés doivent souvent parcourir de longues distances pour accéder à des soins de qualité, ce qui engendre des frais de transport considérables. Ces coûts peuvent être particulièrement lourds pour les ménages à faibles revenus, qui doivent parfois sacrifier d'autres besoins essentiels pour financer ces trajets. De plus, le temps passé à se rendre dans un centre de santé urbain peut si

Dans ce contexte, la télémédecine offre une solution potentiellement transformatrice en permettant aux patients d'accéder à des consultations médicales spécialisées sans quitter leur domicile. En recourant à des consultations à distance via des plateformes numériques, les patients peuvent réduire considérablement les frais associés au transport, à l'hébergement et à la logistique. Cela est particulièrement pertinent dans des pays comme la Côte d'Ivoire, où l'infrastructure de transport reste insuffisante, et où les distances à parcourir entre les zones rurales et les centres de santé urbains constituent une barrière majeure à l'accès aux soins.

Ces défis logistiques sont amplifiés par des itinéraires souvent impraticables, particulièrement en saison des pluies, et par le manque de moyens de transport fiables pour les populations vivantes dans des régions isolées.

En conséquence, la télémédecine apparaît comme une solution innovante pour contourner ces obstacles, en permettant aux patients d'accéder à des soins de manière plus rapide et moins coûteuse, tout en entraînant la pression sur les infrastructures sanitaires déjà limitées dans ces zones.

En outre, cette réduction des coûts de transport a des répercussions directes sur la gestion des ressources dans les ménages ruraux. Les économies réalisées sur les déplacements peuvent permettre aux familles d'allouer davantage de ressources à d'autres aspects du bien-être, comme l'alimentation, l'éducation ou l'amélioration de l'habitat, contribuant ainsi à un cercle vertueux d'amélioration de la qualité de vie.

Par ailleurs, cette réduction des coûts logistiques pourrait également encourager une plus grande fréquence des consultations, ce qui aurait un impact positif sur la prévention, le suivi des maladies.

Cependant, il est crucial de noter que la réduction des coûts liés aux déplacements n'est efficace que dans les contextes où la technologie

nécessaire à la télémédecine est disponible et accessible. Dans le cas contraire, si les patients n'ont pas accès à un équipement adéquat ou à une connexion Internet suffisante, les bénéfices liés à la réduction des coûts de transport pourraient être annulés. De plus, une mise en œuvre efficace de la télémédecine nécessiterait des investissements en formation des professionnels de santé, ainsi que la mise en place de dispositifs de suivi à distance, ce qui représente des coûts logistiques supplémentaires pour les systèmes de santé locaux. Ces coûts incluent notamment l'acquisition d'équipements adaptés, le renforcement des infrastructures numériques, et le développement de plateformes technologiques sécurisées pour garantir la confidentialité et l'efficacité des échanges. Par ailleurs, des ressources supplémentaires seraient nécessaires pour sensibiliser les populations rurales à l'utilisation de ces outils et surmonter les barrières liées à l'analphabétisme numérique.

Ainsi, bien que la télémédecine puisse réduire les coûts individuels liés aux déplacements, son déploiement global implique une planification et des investissements substantiels pour assurer une accessibilité équitable et une intégration durable dans les systèmes de santé locaux, en tenant compte des disparités socio-économiques.

En somme, bien que la télémédecine offre des perspectives prometteuses pour réduire les coûts de transport et faciliter l'accès aux soins dans les zones rurales, sa réussite dépendra de la capacité à surmonter les défis liés à l'infrastructure numérique et à l'adaptation des pratiques médicales.

Le paradoxe qui découle de ces constatations réside dans le fait que la télémédecine offre la possibilité de connecter des populations rurales isolées à des services médicaux spécialisés, théoriquement accessibles à distance. Cependant, sa mise en œuvre repose sur des infrastructures numériques fiables et sur l'accès à des technologies comme Internet et des outils informatiques. Ces exigences techniques excluent les populations les plus marginalisées, notamment celles qui vivent dans des zones sans connectivité ou qui ne disposent pas de moyens financiers pour s'équiper.

De ce paradoxe découle la question suivante : comment les inégalités d'accès aux infrastructures numériques et aux technologies de l'information reproduisent-elles ou exacerbent-elles les inégalités sociales et économiques dans l'accès aux soins de santé, en particulier

dans les zones rurales et marginalisées ? L'hypothèse à cette question de recherche est : l'accès limité aux infrastructures numériques et aux technologies de l'information dans les zones rurales et marginalisées aggrave les inégalités sociales et économiques en matière de santé, en créant une fracture numérique qui empêche les populations les plus vulnérables de bénéficier pleinement des avantages de la télémédecine, exacerbant ainsi les disparités d'accès aux soins de santé.

Cette hypothèse postule que les obstacles techniques, économiques et sociaux à l'accès aux outils numériques ne font pas que limiter l'usage de la télémédecine, mais contribuent également à renforcer les inégalités existantes, créant un cercle vicieux où les plus défavorisés sont de plus en plus exclus des progrès technologiques.

La question de l'intégration des consultations médicales en ligne dans les pratiques de soins contemporaines a captivé l'attention de nombreux chercheurs. Cette problématique soulève des interrogations sur les processus d'appropriation et d'adaptation des technologies par les professionnels de santé, tout en mettant en lumière les impacts de ces dispositifs sur les relations thérapeutiques. En effet, les technologies de télémédecine, parfois considérées comme un moyen d'améliorer l'accès aux soins, peuvent aussi être perçues comme des sources potentielles d'inégalités sociales et sanitaires. Elles imposent ainsi une révision des normes professionnelles et des modes d'interaction entre soignants et soignés. Les études actuelles cherchent à déterminer dans quelle mesure ces innovations, en transformant la prise en charge en un processus dématérialisé, modifiant la continuité des soins et influençant leur répartition équitable, notamment en ce qui concerne les populations les plus vulnérables, souvent exclues des bénéfices des nouvelles technologies. Ces recherches s'intéressent à l'impact des inégalités d'accès aux infrastructures numériques, des compétences technologiques des usagers et des professionnels, ainsi qu'aux barrières économiques et sociales qui peuvent limiter l'adhésion à ces dispositifs. Elles souhaitent ainsi à éclairer comment la télémédecine peut à la fois être un levier de réduction des inégalités d'accès aux soins, tout en risquant de renforcer les fractures sociales, selon la manière dont elle est mise en œuvre et accessible dans différents contextes.

Les études menées par Ramel (2020) et Cipriani (2023) révèlent qu'en dépit de l'émergence de stratégies visant à réduire les inégalités sociales de santé, les obstacles liés à l'accès géographique aux services de santé ainsi qu'à l'adoption et l'usage des technologies numériques dans ce domaine restent importants. Ces travaux montrent que les politiques publiques concernant les inégalités sociales de santé (ISTS) et celles liées à la santé numérique évoluent sur des trajectoires distinctes. Ces démarches parallèles se heurtent à des défis majeurs qui contredisent parfois les discours des acteurs les plus investis, notamment sur les mesures concrètes visant à réduire les inégalités.

La téléconsultation, par exemple, s'est imposée comme une solution clé pour garantir la continuité des soins pendant la crise de la COVID-19. Lors du premier confinement en mars 2020, une diminution significative des consultations a été enregistrée : -31 % chez les médecins généralistes et -56 % chez les spécialistes, selon les données de l'Assurance Maladie publiées le 18 novembre 2020 (Caisse Nationale d' Assurance Maladie & République Française, 2020). Cette situation était préoccupante, car de nombreux patients atteints de maladies chroniques ou aiguës ont renoncé à consulter un professionnel de santé, ce qui a entraîné un risque accumulé de complications et une aggravation potentielle de leur état de santé.

Une enquête en ligne auprès de 1 000 Français a permis d'identifier plusieurs raisons à cette baisse : 18 % des répondants ont choisi de se soigner eux-mêmes (+3 points par rapport aux tendances précédentes), tandis que 14 % ont préféré attendre une spontanée (+2 points). Les principales motivations étaient la crainte d'une contamination par la COVID-19 (38 %) et la peur de déranger les professionnels de santé en pleine pandémie (28 %), ce qui a contribué à une diminution significative des consultations médicales, accentuant ainsi les risques de complications pour les patients souffrant de maladies chroniques, de pathologies aiguës ou nécessitant un suivi régulier, mettant en péril leur état de santé et améliorant les défis liés à la continuité.

Face à cette situation, le recours à la téléconsultation s'est révélé essentiel. Des initiatives ont été mises en place par le Ministère des Solidarités et de la Santé, l'Assurance Maladie et Santé publique France pour sensibiliser la population à l'importance de maintenir le suivi médical. Ce suivi pouvait être réalisé à distance, soit par téléconsultation avec vidéotransmission, soit par consultation

téléphonique, en fonction de la nature de la pathologie et des besoins spécifiques du patient, permettant ainsi d'assurer une prise en charge adaptée tout en limitant les risques de contamination liés aux interactions en présentiel, tout en garantissant un accès continu aux soins pour les patients, même en période de repos.

Dans cette optique, les recherches de Le Goff-Pronost et Lethiais (2003) ont mis en évidence les fortes inégalités géographiques concernant l'accès aux soins en France, soulevant ainsi la question de la correspondance entre les besoins de la population et l'offre de soins disponibles. L'accès aux soins est largement influencé par la répartition des services de santé ainsi que par les ressources financières attribuées à chaque région et à ses établissements médicaux. Les deux objectifs prioritaires du gouvernement en matière de santé, à savoir garantir une égalité d'accès aux soins et maîtriser les dépenses, peuvent parfois entrer en conflit. En effet, il est constaté que certaines régions concentrent la majorité des activités médicales, et les hôpitaux spécialisés sont principalement situés dans les grandes villes. Les politiques actuelles de planification de l'offre de soins semblent donc insuffisantes pour corriger ce déséquilibre géographique. Une alternative potentiellement efficace pourrait résider dans l'engagement des acteurs de la santé dans l'adoption des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC). Le développement de la télémédecine, par exemple, offrirait une solution pour décentraliser les soins, notamment ceux nécessitant une expertise spécialisée, en permettant aux patients de bénéficier de consultations à distance avec des professionnels de santé qualifiés, précisant ainsi les obstacles géographiques et facilitant l'accès aux soins de qualité.

2. Ancrage théorique et méthodologique

Le socle théorique de cette analyse s'inscrit dans la théorie des inégalités sociales en santé développée par Pierre Bourdieu, laquelle constitue un cadre analytique robuste pour examiner les mécanismes par lesquels les disparités sociales s'articulent et se reproduisent dans le domaine de la télémédecine.

2.1. Pierre Bourdieu : habitus, capitaux et champ

a) Habitus et santé

L'habitus, selon Bourdieu, est un ensemble de dispositions sociales incorporées qui façonnent les pratiques et les perceptions des individus. En matière de santé, l'habitus détermine les comportements face à la maladie, l'accès aux soins, ou encore l'adoption de technologies comme la télémédecine. Par exemple : Une personne issue d'un milieu social favorisé est plus susceptible d'avoir un habitus favorable à l'utilisation de nouvelles technologies grâce à une familiarité avec les outils numériques et un capital culturel élevé. En revanche, un habitus ancré dans un milieu rural peut engendrer une méfiance ou une résistance envers des dispositifs perçus comme étrangers ou complexes.

b) Les capitaux et la santé

Capital économique : L'accès aux services de télémédecine dépend souvent de l'accès à des infrastructures coûteuses (connexion Internet, smartphones). Les populations à faible capital économique sont donc désavantagées.

Capital culturel : L'utilisation efficace de la télémédecine requiert un certain niveau d'éducation et de compétences numériques. Les individus dotés d'un faible capital culturel risquent de ne pas bénéficier pleinement de cette innovation.

Capital social : Les réseaux d'entraide (famille, amis, associations) peuvent compenser partiellement les inégalités, en aidant les individus à accéder à des services ou à surmonter les barrières techniques.

c) Le champ médical et la télémédecine

Le champ médical, tel que défini par Bourdieu, est un espace social où s'affrontent divers acteurs (médecins, patients, institutions, entreprises technologiques) en fonction de leur position et de leur pouvoir. La télémédecine, en tant qu'innovation, peut exacerber les inégalités : les professionnels de santé urbains et spécialisés bénéficient davantage de cette technologie que les soignants de proximité en milieu rural. Les patients issus de milieux défavorisés sont souvent marginalisés dans ce champ, car leurs besoins spécifiques ne sont pas toujours pris en compte.

2. Autres perspectives sociologiques

✓ *La théorie des déterminants sociaux de la santé*

Selon cette théorie, la santé est influencée par des facteurs sociaux tels que le revenu, l'éducation, l'emploi ou l'environnement physique. Ces déterminants agissent comme des barrières ou des facilitateurs dans l'accès à la télémédecine.

Application à la télémédecine : Les zones rurales ivoiriennes souffrent souvent d'un manque d'infrastructures (Internet, électricité). Ces déterminants limitent l'impact potentiel de la télémédecine pour réduire les inégalités de santé.

Par ailleurs, les travaux de Michael Marmot mettent en avant l'impact des inégalités structurelles sur la santé des individus. Il montre que les populations les plus pauvres cumulent des désavantages qui aggravent leur état de santé, même en présence de politiques de santé publique.

Application à la télémédecine : Les populations rurales, souvent les plus précaires, pourraient rester exclues de cette innovation si leurs besoins spécifiques ne sont pas anticipés.

En outre, la théorie de la domination technologique, inspirée des travaux de Michel Foucault, cette perspective explore comment les technologies médicales (comme la télémédecine) peuvent renforcer les relations de pouvoir entre les institutions médicales et les patients.

Application à la télémédecine : Les populations rurales pourraient se retrouver dans une position de dépendance face à des systèmes techniques qu'elles ne maîtrisent pas, renforçant leur marginalisation.

Les inégalités sociales en santé, éclairées par l'approche de Bourdieu et d'autres sociologues, montrent que la télémédecine ne peut être une solution universelle sans une prise en compte des capitaux différenciés, des habitus et des inégalités structurelles. Elle a le potentiel de réduire les disparités, mais risque, si elle est mal mise en œuvre, de renforcer les exclusions. Une approche sociologique rigoureuse est donc essentielle pour comprendre et atténuer ces effets.

En mobilisant les concepts bourdieusiens tels que l'habitus, le capital et les champs, cette étude met en lumière les logiques différentielles d'accès et d'appropriation des technologies médicales, révélant ainsi les dynamiques sous-jacentes de domination et de reproduction sociale au sein du champ, où les positions occupées par les agents sont déterminées par leurs capitaux économiques, culturels et sociaux, influençant ainsi leur capacité à s'approprier les ressources numériques de la télémédecine et à en tirer profit.

Ces dynamiques contribuent à creuser les écarts d'accès et de bénéfices en matière de santé. Elles renforcent les inégalités déjà existantes au sein des structures sociales, et consolidant ainsi des hiérarchies sociales qui s'expriment dans l'accès différencié aux innovations technologiques.

De plus en révélant les mécanismes par lesquels les inégalités structurelles se perpétuent et s'amplifient le contexte de la transformation numérique du champ médical. Ces logiques de domination et les asymétries de capitaux conditionnent l'accès, l'appropriation et les usages différenciés des dispositifs technologiques, reproduisant ainsi des inégalités structurelles tout en redéfinissant les frontières de l'exclusion et de la marginalisation.

Sur le plan méthodologique, la présente recherche s'inscrit dans une démarche de résolution qualitative, en ce sens qu'elle privilégie l'exploration approfondie des significations, des pratiques sociales et des perceptions individuelles. Cette approche s'appuie sur une matrice de recueil de données multidimensionnelle, articulée autour de plusieurs modalités complémentaires. D'une part, un corpus analytique des travaux de chercheurs antérieurs est mobilisé, permettant de situer cette étude dans le cadre théorique existant et de fonder l'analyse sur une critique réflexive des savoirs accumulés dans le champ de la sociologie de la santé et des inégalités. D'autre part, des entretiens semi-structurés ont été privilégiés pour offrir une flexibilité suffisante permettant de recueillir les points de vue des participants tout en maintenant une rigueur dans les thèmes abordés. Cette méthode permet ainsi de saisir la diversité des expériences et des interprétations des acteurs sociaux en lien avec les objets de l'étude. En complément, des entretiens autobiographiques ont été intégrés pour appréhender les trajectoires individuelles des participants, en vue

de dévoiler les dimensions subjectives de l'expérience vécue et de comprendre comment les enjeux collectifs sont vécus à l'échelle individuelle. L'enquête s'est déroulée dans le milieu rural d'Akabia, situé dans la région de Divo, sur une période de deux mois, allant du 4 juillet 2024 au 11 septembre 2024. Cette temporalité a été choisie pour permettre une observation approfondie des dynamiques sociales locales, tout en assurant une couverture temporelle suffisante pour saisir les variations et les effets contextuels dans le déploiement des dispositifs étudiés, en particulier ceux liés aux spécificités socio-économiques, culturelles et politiques du milieu rural d'Akabia. Cette période permet ainsi d'appréhender non seulement les contraintes infrastructurelles et logistiques inhérentes à la télémédecine en milieu rural, mais aussi les résonances des dynamiques locales telles que les rapports à la modernité, la légitimité des institutions de santé, et les représentations collectives de l'accès aux soins.

Dans le contexte de cette étude, une technique d'échantillonnage et une méthode d'analyse ont été soigneusement choisies et adaptées pour répondre aux spécificités du milieu rural ivoirien ainsi qu'au cadre théorique sous-jacent de la recherche. L'échantillonnage intentionnel (ou raisonné) a ainsi été privilégié, car il permet de sélectionner de manière ciblée les participants dont les caractéristiques, trajectoires et expériences sont particulièrement pertinentes pour les objectifs de l'étude. Cette technique garantit une diversité de perspectives tout en s'assurant de la richesse des données recueillies, notamment à travers la confrontation des expériences et perceptions des différents acteurs impliqués, tels que les prestataires de soins, les patients, les responsables politiques et les membres de la communauté locale, chacun apportant un éclairage spécifique sur les enjeux liés à l'accès, à l'appropriation et à l'efficacité des dispositifs de télémédecine.

Parallèlement, la méthode de triangulation a été mise en œuvre pour renforcer la validité et la crédibilité des résultats. Cette approche méthodologique, en multipliant les sources de données, les instruments de collecte (entretiens semi-structurés, entretiens autobiographiques, observation participante) ainsi que les théories mobilisées (inégalités sociales en santé, approche bourdieusienne du capital, etc.), permet d'apporter une compréhension plus fine et plus nuancée du phénomène étudié. La triangulation permet non seulement

de confronter les données recueillies à travers différents prismes, mais aussi de saisir la complexité des dimensions sociales, culturelles et économiques des promesses et des limites de l'applicabilité de la télémédecine en milieu rural ivoirien. Cette méthode contribue ainsi à une analyse en profondeur des interactions entre les logiques locales et les dispositifs de santé numérique, tout en offrant une vue d'ensemble des obstacles et des leviers contextuels qui façonnent l'acceptation et l'efficacité de la télémédecine dans un cadre socio-économique.

3. Résultats

3.1. Perceptions de la télémédecine au sein des communautés rurales ivoiriennes

La perception de la télémédecine au sein des communautés rurales ivoiriennes fait référence à la manière dont les populations rurales voient, comprennent et acceptent l'utilisation des technologies médicales à distance pour la prestation de soins de santé. Cette perception dépend de divers facteurs culturels, sociaux, économiques et technologiques, et elle peut influencer l'adoption de la télémédecine dans ces zones souvent marquées par des inégalités d'accès aux soins. Voici plusieurs dimensions révélées par l'enquête qui façonnent cette perception :

3.1.1. Facteurs socio-culturels

a) Confiance et familiarité avec la médecine traditionnelle

Dans de nombreuses régions rurales de la Côte d'Ivoire en particulier dans le milieu rural d'Akabia, situé dans la région de Divo, la médecine traditionnelle (avec des guérisseurs locaux, des pratiques spirituelles, etc.) joue un rôle central dans la gestion de la santé. Ainsi, certains membres de la communauté peuvent percevoir la télémédecine comme une pratique "étrangère" ou "moderne", difficilement compatible avec leurs valeurs culturelles et croyances locales. Cela crée une méfiance à l'égard de l'efficacité ou de la légitimité de la télémédecine par rapport à des soins traditionnels. Ce propos illustre : *« Je ne peux pas appeler un médecin pour lui expliquer ma souffrance. Nous avons notre médecine traditionnelle et*

elle nous soigne très bien que, de demander des soins par vidéo whatSapp ou par message à un médecin. »

Ce propos, extrait d'un discours en sociologie, semble aborder la relation entre les systèmes de soins traditionnels et modernes, ainsi que les tensions qui peuvent exister entre ces deux formes de médecine dans certaines sociétés. L'individu exprime une distance par rapport à la médecine occidentale ou moderne en indiquant qu'il ne "peut pas appeler un médecin" pour expliquer sa souffrance. Cette déclaration révèle une forme de rejet ou, du moins, une désaffection pour l'accès traditionnel aux soins, particulièrement sous la forme de consultations à distance par des moyens technologiques comme WhatsApp. Ce rejet peut être compris comme une méfiance envers les dispositifs technologiques modernes, voire un sentiment d'inadéquation de ces outils pour résoudre des problèmes de santé personnels, voire un décalage culturel.

La personne affirme qu'elle " a sa propre médecine traditionnelle" qui "les soigne très bien". Ce propos met en avant une valorisation de la médecine traditionnelle, perçue comme efficace, proche des réalités locales et culturellement adaptée aux besoins de l'individu. Cette médecine est souvent liée à des savoirs ancestraux, à des pratiques communautaires et à une approche plus holistique de la santé qui, dans certaines cultures, est considérée comme plus "authentique" et en phase avec les réalités socio-culturelles des patients. Elle peut inclure des remèdes à base de plantes, des rituels spirituels, ou des soins prodigués par des guérisseurs traditionnels.

Sur un plan sociologique, ce propos met en lumière l'importance des contextes culturels et sociaux dans l'acceptation des formes de soins. Le choix d'utiliser la médecine traditionnelle plutôt que de recourir à la médecine moderne pourrait refléter des éléments comme la confiance dans les pratiques locales, les représentations culturelles de la santé et de la maladie, mais aussi un refus des hiérarchies de savoirs imposées par des structures médicales externes. De plus, la mention de la médecine par vidéo WhatsApp pourrait souligner une certaine fracture numérique ou un malaise face à une forme de médecine distante, qui peut être perçue comme dépersonnalisée.

Enfin, cette déclaration fait écho à un débat sociologique plus large sur l'impact des nouvelles technologies de communication sur les pratiques sociales et de soins. Le recours à des consultations médicales

virtuelles, via WhatsApp ou d'autres plateformes, est une forme de médicalisation de la vie quotidienne qui ne convient pas à tous. Certains peuvent y voir une perte de la proximité et de la relation humaine essentielle dans le soin, tandis que d'autres pourraient y voir une solution moderne et pratique. Le fait que l'individu refuse ce mode de consultation suggère qu'il perçoit ses besoins de santé différemment, peut-être comme étant mieux pris en charge par une médecine qui se base sur des relations directes, physiques, et communautaires.

En somme, ce propos illustre les tensions entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne, ainsi que les enjeux de culture, de technologie et de modernité dans l'accès aux soins. Cela soulève des questions sur l'acceptation des nouvelles formes de soins médicaux, sur la place des savoirs traditionnels dans un monde de plus en plus globalisé et technologisé, et sur la manière dont les individus naviguent entre ces deux systèmes de soins en fonction de leurs valeurs et de leur environnement social.

b) Perceptions de déshumanisation des soins

Certains individus lors de l'enquête ont émis des réserves quant à l'idée de consulter un médecin ou un professionnel de santé sans interaction physique, la consultation étant réalisée à distance. Pour eux, le contact direct avec un soignant est essentiel à la confiance et à la qualité perçue des soins. La télé-médecine pourrait alors être perçue comme moins humaine ou moins fiable, car elle réduit la dimension personnelle des soins, ce qui peut créer une distance émotionnelle entre le patient et le soignant. Cette assertion éclaire : « *Pour moi, soigner un malade, c'est le voir physiquement. Le contact physique entre un malade et un agent de santé est pour moi, encore plus important que les médicaments que le médecin demande d'acheter sur une ordonnance* »

Cette citation met en évidence une conception de la santé et des soins profondément centrée sur l'importance du contact humain, au-delà de l'aspect technique ou matériel du traitement médical.

L'individu affirme que "soigner un malade, c'est le voir physiquement", ce qui souligne que pour lui, le soin va au-delà de la simple prescription de médicaments. Le contact direct avec le patient,

l'interaction en face-à-face, constitue une dimension essentielle du processus de guérison. Cela traduit une vision holistique de la santé, où l'aspect relationnel et humain est considéré comme tout aussi important, sinon plus, que l'intervention médicale proprement dite. Ce point de vue peut être influencé par des valeurs culturelles qui placent la relation de proximité, de confiance et de compréhension entre soignant et soigné au cœur de la guérison.

La déclaration semble aussi une critique de certaines pratiques de la médecine moderne, qui, selon l'interlocuteur, se serait trop "déshumanisée" au profit de la prescription de médicaments ou de traitements techniques. En affirmant que le contact physique est "encore plus important" que les médicaments, l'individu suggère que la médecine moderne se concentrerait trop sur la dimension scientifique (les médicaments, les traitements standardisés) et négligerait l'aspect humain du soin. Cela peut aussi faire écho à une critique des consultations médicales rapides, souvent virtuelles ou peu personnalisées, où l'aspect humain et la relation de soin sont considérés comme secondaires.

Sociologiquement, cette position peut aussi refléter des représentations culturelles du soin, qui privilégient les relations directes, la proximité et la confiance mutuelle. Dans de nombreuses sociétés, la guérison ne dépend pas uniquement de l'efficacité des traitements médicaux, mais aussi du cadre social et de l'attention donnée par le soignant. Le soin physique, l'écoute, le toucher sont perçus comme des éléments essentiels dans le rétablissement du patient. Cette approche peut être liée à des pratiques plus traditionnelles ou communautaires où le guérisseur, par sa présence physique et son attention, joue un rôle fondamental dans le processus de guérison.

Cette perspective met en lumière l'importance de la relation entre le soignant et le soigné. Le contact physique n'est pas seulement une question de toucher, mais aussi un vecteur de confiance et de communication. Dans cette logique, le soin ne se réduit pas à un acte technique, mais à un échange humain qui favorise la guérison, en instaurant un climat de soutien émotionnel et de compréhension mutuelle.

En clair, cette citation nous invite à repenser le soin en termes de relation humaine, où la dimension physique du contact et la rencontre

entre le patient et le professionnel de santé occupent une place centrale. Elle critique implicitement la tendance à réduire le soin à une approche mécaniste, où la relation personnelle et humaine pourrait être reléguée au second plan. Cette approche insiste sur la nécessité de préserver un équilibre entre les avancées scientifiques et la dimension humaine du soin.

3.1.2. Facteurs économiques et technologiques

a) Accès limité à la technologie

Une autre dimension importante qui influence la perception de la télémédecine en milieu rural est l'accès limité aux technologies. Bien que la couverture mobile en Côte d'Ivoire soit relativement étendue, beaucoup de communautés rurales n'ont pas un accès fiable à Internet ou à des équipements appropriés (smartphones, ordinateurs, etc.). Cela crée un déficit d'accessibilité qui influence directement la perception de la télémédecine : certains voient cette technologie comme inutile ou difficile à adopter si les conditions matérielles et techniques nécessaires ne sont pas réunies. Cette allégation étaye : « *Mon téléphone est juste pour recevoir un appel. Il n'est pas smartphone. Je ne peux pas si, je pouvais faire un appel vidéo pour parler à un médecin et lui expliquer mon problème. Même si, je peux écrire pour expliquer mon problème à un médecin en ligne, l'appel vidéo est encore intéressant et donne l'impression qu'on est en contact direct avec le médecin pour des soins* »

Ce propos soulève plusieurs questions sociologiques importantes concernant les technologies de communication, l'évolution des pratiques médicales, et les perceptions des individus face à l'intégration des technologies dans le domaine de la santé.

L'individu précise que son téléphone "n'est pas un smartphone" et qu'il ne l'utilise que pour recevoir des appels. Cette affirmation suggère une forme de fracture numérique, où l'accès aux technologies modernes (comme les smartphones, Internet et les applications de santé en ligne) n'est pas généralisé, notamment en raison de contraintes économiques, culturelles, ou personnelles. La personne exprime clairement une préférence pour des moyens de communication plus simples et traditionnels, ce qui peut refléter une forme de résistance ou de déconnexion face à la digitalisation de la société.

Bien que la personne admette la possibilité d'écrire pour expliquer son problème à un médecin en ligne, elle souligne que l'appel vidéo serait "encore intéressant" et offrirait l'impression d'un contact plus direct avec le médecin. Ce point illustre une méfiance ou un doute par rapport à la médecine virtuelle. L'individu semble reconnaître l'utilité de la consultation en ligne, mais insiste sur le fait qu'une interaction vidéo serait plus satisfaisante, car elle simulerait mieux une rencontre en face-à-face avec le médecin. Cette perspective reflète une idée selon laquelle, dans le soin, l'aspect humain, la présence et l'engagement personnel du médecin sont essentiels.

Le propos met en lumière l'importance du contact direct et visuel dans la relation soignant-soigné. L'appel vidéo, en donnant l'impression d'une interaction "en direct", permet de maintenir une forme de connexion humaine, essentielle selon cette personne. Cette vision est sociologiquement intéressante car elle montre qu'au-delà des avancées technologiques, certains individus continuent de privilégier les échanges personnels et visuels, perçus comme plus authentiques et fiables, notamment dans le cadre des soins médicaux.

L'individu évoque la possibilité de consulter un médecin en ligne par écrit, mais souligne la différence entre cette forme de communication et un appel vidéo. Cela témoigne d'un changement dans la manière dont les soins sont perçus et reçus, particulièrement avec l'essor des consultations à distance. Si la technologie permet d'améliorer l'accès aux soins pour certaines populations, elle n'est pas perçue de la même manière par tous. Certaines personnes peuvent être plus enclines à accepter la consultation écrite (par message, par exemple), tandis que d'autres restent attachées à des formes de communication plus interactives, comme l'appel vidéo, pour maintenir un lien humain.

En somme, ce propos souligne une tension entre les avancées technologiques et la demande de proximité humaine dans les soins. Bien que l'accès à la médecine virtuelle soit vu comme une avancée, il existe encore des résistances et des préférences pour les formes de communication plus traditionnelles et plus humaines. Cela met en lumière une dynamique complexe où la technologie est perçue non seulement comme un outil pratique, mais aussi comme un changement dans la manière dont les individus vivent et comprennent le soin.

b) Manque de compétences numériques

Les compétences numériques des populations rurales varient considérablement. Pour certaines personnes âgées, par exemple, l'utilisation des téléphones mobiles ou d'Internet peut être perçue comme une difficulté majeure. Cela peut rendre l'idée de consulter un médecin à distance peu attrayante et suscite des doutes sur la faisabilité d'une telle solution dans la vie quotidienne des populations rurales. Cette affirmation illustre : « *Demander des médicaments sans voir le médecin, c'est les jeunes qui peuvent le faire. Je suis vieux et je ne sais même pas manipuler un téléphone. Tout ce que je connais sur un téléphone est de décrocher un appel.* »

Ce propos soulève plusieurs enjeux sociologiques relatifs à l'influence de l'âge, des technologies et des pratiques de santé, et il illustre la fracture générationnelle qui peut exister face aux nouvelles technologies, notamment dans le domaine médical.

L'individu fait une distinction entre les jeunes, capables de demander des médicaments sans consulter un médecin, et lui-même, qui se considère "vieux" et ne maîtrise pas l'utilisation des téléphones modernes. Cette déclaration reflète clairement une fracture numérique générée par des différences d'âge. Les jeunes générations, ayant grandi dans un environnement technologique, sont souvent plus à l'aise avec les outils numériques, comme les smartphones, les applications de santé ou la consultation en ligne. En revanche, les générations plus âgées, comme celle de l'individu dans le discours, se retrouvent souvent exclues ou moins compétentes dans l'utilisation de ces technologies. Cela soulève la question de l'inégalité d'accès à la technologie en fonction des tranches d'âge.

Le fait de "demander des médicaments sans voir le médecin" et de se référer à une pratique courante chez les jeunes semble aussi faire écho à une perception du soin qui se transforme avec l'avènement de la médecine numérique et à distance. La personne se situe dans une vision plus traditionnelle de la médecine, où l'interaction directe avec un professionnel de santé (en personne) est primordiale. L'idée de demander des médicaments sans une consultation physique avec le médecin peut être perçue comme une forme de dépersonnalisation ou de "détournement" du soin médical, ce qui souligne une certaine

méfiance ou une incompréhension vis-à-vis de ces pratiques nouvelles.

La remarque "je ne sais même pas manipuler un téléphone" renvoie à un rapport très fonctionnel et limité avec la technologie. Le téléphone, pour cette personne, n'est qu'un outil pour recevoir des appels, sans aucune autre utilisation. Cela reflète une relation utilitaire et peu développée avec la technologie. Ce manque de familiarité avec les fonctions avancées du téléphone ou des smartphones peut être dû à une méconnaissance, mais aussi à une répugnance envers des technologies perçues comme complexes ou inutiles pour des besoins quotidiens perçus comme simples (comme passer un appel). En sociologie, ce phénomène peut être lié à un manque d'accès à la formation numérique ou à un rejet du changement technologique, souvent observé chez les populations plus âgées.

Ce discours met également en lumière les inégalités d'accès aux soins qui ne sont pas seulement géographiques ou économiques, mais aussi liées à l'accès à la technologie. Si les jeunes sont capables de recourir à des outils numériques pour obtenir des conseils médicaux ou des prescriptions, les personnes âgées risquent de se retrouver exclues de ces formes modernes de soins. Cette exclusion numérique renforce une forme de vulnérabilité sociale dans l'accès à la santé, puisque ceux qui ne maîtrisent pas les technologies modernes peuvent se retrouver isolés ou moins bien soignés.

Cette déclaration peut aussi être comprise dans le cadre de la sociologie de la vieillesse. Les personnes âgées sont souvent perçues comme moins adaptées ou moins intéressées par les technologies modernes, ce qui peut être dû à des facteurs culturels, mais aussi à un manque d'opportunités pour se former. De plus, cette vision du vieillissement montre une tendance à considérer la vieillesse comme un moment de retrait ou d'isolement face aux évolutions technologiques. Cela amène à réfléchir à la manière dont les politiques de santé publique et les acteurs sociaux peuvent intégrer les personnes âgées dans la société numérique, en leur offrant des ressources et des formations adaptées.

En définitif, ce discours souligne l'impact des technologies numériques sur la santé, en particulier en ce qui concerne les différences générationnelles. Il met en évidence une fracture numérique qui affecte directement l'accès aux soins et la relation au

médecin, tout en questionnant les inégalités sociales d'accès à ces nouvelles formes de soins, notamment pour les personnes âgées.

3.2.3. Facteurs de confiance dans le système de santé

a) Crédibilité des soignants

La perception des professionnels de santé joue un rôle majeur dans l'acceptation de la télémédecine. Si les soignants sont bien formés et convaincus des bienfaits de la télémédecine, ils peuvent jouer un rôle clé dans l'éducation et la sensibilisation des populations rurales. Par exemple, un soignant respecté peut encourager ses patients à essayer la télémédecine, ce qui aiderait à surmonter la réticence et à augmenter la confiance dans cette technologie. Ce propos illustre : « *Pour que la télémédecine soit une réalité, il faudrait que les populations aient entièrement confiance aux agents de santé. Et, la confiance d'un malade à un agent de santé passe d'abord, par le contact physique avant d'espérer une confiance derrière un écran ou en ligne* »

Cette déclaration soulève une question cruciale pour les pratiques de santé modernes, en particulier en ce qui concerne la télémédecine : la confiance du patient envers les professionnels de santé. Voici une interprétation sociologique qui se fonde sur des concepts théoriques issus de la sociologie de la santé et de la confiance sociale.

✓ La confiance dans les soins : une relation sociale fondamentale

Le propos souligne que pour que la télémédecine devienne une "réalité", elle doit être soutenue par une confiance profonde entre les patients et les professionnels de santé. En sociologie, la confiance est considérée comme un élément central dans la relation soignant-soigné. Selon Éric L. Brousseau et Pierre Bourdieu, la confiance n'est pas simplement un acte individuel, mais un phénomène social qui repose sur des interactions et des structures sociales spécifiques. La relation de confiance entre un patient et un médecin s'établit souvent à travers des pratiques quotidiennes et des rencontres directes, qui génèrent un sentiment de sécurité et de validation.

La déclaration de l'individu, qui privilégie le contact physique pour instaurer cette confiance, rejoint une vision bourdieusienne de la relation de soin, où le capital symbolique du médecin (son autorité,

son statut, sa compétence) se construit souvent dans un cadre face-à-face, où l'émotion, la parole et la proximité jouent un rôle fondamental. La médecine en ligne, en revanche, risque de manquer de ce capital symbolique, car elle manque de cette proximité physique, qui peut rendre le processus de guérison plus humain, plus authentique et plus personnel.

✓ *Le contact physique comme condition de la confiance*

Le propos indique clairement que la confiance d'un malade dans l'agent de santé dépend en premier lieu du contact physique. Cela fait écho à la théorie d'Erving Goffman(1973) sur les interactions sociales et la présentation de soi. Dans ses travaux sur la mise en scène de la vie quotidienne, Goffman montre que les individus se construisent des relations de confiance à travers des interactions directes, où l'expression corporelle, les gestes, et le regard jouent un rôle crucial. En face à face, le patient peut observer des indices non verbaux et évaluer la compétence et la bienveillance du médecin. L'absence de ce contact physique dans la télémédecine peut rendre plus difficile l'établissement de cette relation de confiance.

Le contact physique, dans cette optique, devient un moyen d'affirmer une présence rassurante et une authenticité du soin. L'écran, même s'il peut faciliter la communication, reste perçu par certains comme une barrière à cette connexion humaine directe. Ce point de vue rejoint aussi les travaux de Howard S. Becker sur la médecine comme relation sociale, dans laquelle l'interaction humaine joue un rôle clé dans la construction de la légitimité du soin.

✓ *La télémédecine : défi pour la confiance sociale*

La télémédecine, en se développant, crée un changement de paradigme dans la manière dont les patients accèdent aux soins. Mais ce changement pose une question de légitimité des soins fournis à distance. Selon Julian M. Hochschild, l'un des sociologues majeurs de l'étude de la relation de service, la téléconsultation pourrait remettre en question l'authenticité de la relation soignant-soigné. L'absence de rencontre physique peut diminuer la perception d'expertise et l'autorité du médecin, qui, dans le cadre traditionnel, s'impose en partie grâce à sa présence et à son interaction directe avec le patient.

Ainsi, la télémédecine peut être vue comme un défi pour le capital social des soignants et des structures de santé. Elle nécessite une adaptation de la confiance, qui pourrait se renforcer avec des outils permettant d'humaniser la communication virtuelle (par exemple, des consultations vidéo plutôt que simples échanges écrits). Cependant, cette transition dépend largement de la manière dont les populations perçoivent la légitimité de ces nouvelles formes de soin et du contexte culturel dans lequel elles sont introduites. Certaines personnes, particulièrement celles issues de sociétés ou de cultures valorisant une médecine de contact, pourraient éprouver une réduction de la confiance dans des soins à distance, qui semblent trop impersonnels.

✓ *Un enjeu de démocratisation et d'acceptation*

Enfin, l'argument de la confiance dans la télémédecine fait écho aux travaux de sociologues comme Michel Foucault(2004), qui ont étudié les systèmes de soins et la manière dont la société consent à être soignée. Dans un monde où la télémédecine devient de plus en plus courante, la méfiance envers le virtuel pourrait s'expliquer par un doute sur la rationalité et l'efficacité des soins à distance. La relation de confiance ne se construit pas uniquement sur l'efficacité technique du soin, mais aussi sur des facteurs subjectifs, comme l'émotion, l'engagement humain, et la relation sociale.

La confiance dans la télémédecine ne pourra donc se renforcer que si les acteurs de la santé parviennent à intégrer ces dimensions humaines dans leurs pratiques numériques. Cela inclut, par exemple, l'importance de maintenir une interaction visuelle, de créer des environnements de soin numériques rassurants, et de répondre aux préoccupations des patients vis-à-vis de l'impersonnalité des technologies.

Cette déclaration met en évidence une tension entre la modernité technologique (télémédecine) et les valeurs sociales traditionnelles (confiance dans le contact humain). En sociologie, cela soulève des enjeux importants sur la manière dont les sociétés acceptent les innovations dans le domaine de la santé. Si la télémédecine veut devenir une réalité véritablement acceptée, elle doit surmonter cette barrière de la confiance, qui repose, en grande partie, sur des rencontres physiques et des relations humaines directes entre patients

et soignants. Les sociologues nous rappellent que cette transition vers un soin à distance ne peut être réussie que si les valeurs humaines sont intégrées dans ces nouvelles pratiques.

b) Crainte de l'inefficacité ou de la mauvaise qualité des soins

La perception de la qualité des soins médicaux fournis par la télémédecine est également un facteur clé. Les communautés rurales pourraient douter de l'efficacité des soins à distance, craignant que la distance entre le patient et le médecin nuise à la précision des diagnostics ou à la qualité de la prise en charge. Les doutes sur la fiabilité des consultations virtuelles par rapport à une consultation en personne peuvent générer un scepticisme important. Cette déclaration élucide : « *On est mieux écouté quand, on est en face d'un médecin. Pendant, les échanges en ligne, une situation quelconque peut perturber l'échange* »

Cette déclaration met en lumière une dimension relationnelle importante dans les soins de santé, notamment la manière dont l'écoute et la communication sont perçues dans les interactions entre le patient et le médecin, que ce soit en personne ou en ligne. D'un point de vue sociologique, cette affirmation soulève des questions sur la nature des échanges dans le cadre de la médecine traditionnelle par rapport à la médecine numérique et sur les dynamiques sociales de la relation soignant-soigné. Voici une interprétation sociologique de ce propos :

✓ ***L'importance du face-à-face dans la relation soignant-soigné***

La personne qui parle souligne que "on est mieux écouté quand on est en face d'un médecin", ce qui fait référence à l'idée que l'écoute active, un élément central dans la relation de soin, est amplifiée lors d'une interaction physique. En sociologie, cette observation renvoie au concept de proximité sociale, qui est essentiel dans les relations interpersonnelles.

Selon Erving Goffman(1973), dans son analyse de la mise en scène de la vie quotidienne, la présence physique dans les interactions sociales permet une lecture complète du comportement de l'autre, qui inclut des indices non verbaux comme le regard, la posture, et les

gestes. Ces éléments sont cruciaux pour établir une relation de confiance et favoriser une communication authentique.

Le face-à-face permet donc non seulement d'échanger des informations, mais aussi de créer une connexion émotionnelle entre le patient et le médecin. Le patient peut percevoir la bienveillance du médecin à travers des gestes de réconfort ou une posture ouverte, des aspects qui peuvent difficilement être transmis à travers des écrans. Cela rejoint la théorie de Max Weber(1968) sur le charisme et l'importance de l'autorité personnelle, ici perçue à travers l'attention directe et l'engagement visible du médecin. Cette autorité et cette écoute active sont perçues comme plus authentiques lorsqu'elles sont physiquement présentes.

✓ *Les limites de la communication virtuelle*

L'autre partie du propos évoque les échanges en ligne et la manière dont une situation quelconque peut perturber la communication. Cette idée de perturbation soulève la question des barrières technologiques et des dysfonctionnements qui peuvent survenir lors d'une consultation numérique (par exemple, des coupures de connexion, des retards dans la transmission des informations, ou même des malentendus liés au manque de contact visuel direct).

En sociologie de la communication, cette dimension peut être analysée à travers le prisme de l'absence de contexte et du manque de nuances que les interactions virtuelles ne peuvent pas toujours capturer. Les gestes ou les mimétismes corporels qui facilitent la compréhension mutuelle dans une rencontre physique sont largement absents dans un échange par écran.

Le concept de médiation technologique, comme le décrit Walter Benjamin(1936), peut également être appliqué ici. Selon lui, la médiation technologique modifie profondément la perception de l'authenticité de la communication. Dans le cas de la télémédecine, le lien direct entre le soignant et le soigné peut sembler moins « authentique » ou « naturel » en raison de la présence de la technologie entre les deux parties. Ce filtre technologique peut engendrer une perception d'éloignement et de distance émotionnelle, nuisant à l'établissement d'une relation de confiance totale.

✓ *Les perceptions sociales et la digitalisation des soins*

La déclaration met également en lumière les perceptions sociales des soins numériques. Si le médecin en face-à-face est perçu comme une figure plus attentive et présente, la consultation en ligne peut être vue comme plus formelle ou distant. Cette distinction sociale renvoie à des normes culturelles et des attentes sociales liées à la relation entre patient et professionnel de santé. Pour de nombreuses personnes, en particulier celles issues de milieux culturels valorisant une médecine plus holistique ou interpersonnelle, l'écoute physique et l'interactivité directe sont des éléments fondamentaux pour se sentir compris et pris en charge.

En sociologie, ces perceptions peuvent aussi être liées aux travaux de Pierre Bourdieu(1979) sur le capital social et le champ médical. Bourdieu souligne que les relations de pouvoir et de légitimité dans les interactions sociales sont influencées par des structures sociales et des rapports de classe. Par exemple, les individus qui sont plus familiers avec la médecine numérique (souvent des jeunes ou des populations ayant un capital culturel plus élevé) pourraient avoir moins de difficultés à interagir de manière virtuelle avec un professionnel de santé. En revanche, pour les individus issus de milieux moins numériques ou âgés, le manque de contact humain direct peut constituer une forme d'aliénation par rapport au système de santé.

✓ *La perte d'humanité dans la relation numérique*

La référence à la perturbation des échanges en ligne peut aussi être vue à travers les travaux de Zygmunt Bauman(2003) sur la liquidité des relations sociales. Dans un monde de plus en plus numérique, les interactions humaines sont souvent perçues comme plus fluides et moins durables. Bauman argumente que la digitalisation des relations sociales, y compris dans le domaine des soins, conduit à une forme de fragilité émotionnelle et d'impersonnalité. Les échanges en ligne, bien que pratiques, peuvent créer une sorte de détachement émotionnel qui réduit l'engagement et la profondeur des relations humaines.

En somme, cette déclaration met en lumière des tensions entre les formes de communication directe et virtuelle dans le domaine médical.

D'un point de vue sociologique, elle illustre que la proximité physique joue un rôle crucial dans la construction de la confiance et dans la qualité de l'écoute du patient. Si la télémédecine offre des avantages indéniables en termes d'accessibilité et de praticité, elle soulève également des questions sur la qualité de l'interaction humaine et de la relation de soin. Les praticiens et les patients doivent naviguer dans ces nouveaux espaces de soin tout en intégrant des considérations sociales et émotionnelles liées à l'évolution des pratiques de santé.

3.2.4. Contexte de santé et attentes sociales

a) Accès limité aux soins de santé traditionnels

Dans de nombreuses régions rurales ivoiriennes, l'accès aux soins médicaux est déjà limité, ce qui peut pousser certaines communautés à voir la télémédecine comme une solution potentielle à leurs difficultés d'accès aux soins. Lorsque les infrastructures sanitaires locales sont insuffisantes, et que la distance entre les villages et les centres de santé est un obstacle majeur, la télémédecine peut être perçue comme une opportunité d'améliorer l'accès à des soins spécialisés. Ce propos exemplifie : « *On a un centre de santé mais pas des agents de santé spécialisés. Je pense qu'avoir une possibilité d'avoir un échange en ligne avec un spécialiste de santé, est une bonne chose pour soulager un malade* »

Ce propos met en lumière plusieurs dimensions sociologiques liées aux inégalités d'accès aux soins de santé, au rôle des technologies numériques dans la médecine, et à la redéfinition des pratiques de soin à l'ère de la télémédecine. Voici une analyse sociologique structurée de cette déclaration :

✓ Inégalités territoriales et accès différencié aux soins

Le constat d'un centre de santé dépourvu d'agents de santé spécialisés renvoie à une réalité fréquente dans de nombreux contextes, en particulier dans les zones rurales ou les régions défavorisées. Cette observation met en évidence les inégalités territoriales dans l'accès aux soins, une problématique centrale dans la sociologie de la santé. Selon Didier Fassin(2021), ces disparités dans la répartition des ressources médicales reflètent des inégalités sociales

structurelles, où certains groupes ou territoires sont systématiquement moins bien dotés en termes de services de santé.

L'absence de spécialistes dans ce centre de santé est un symptôme de ces inégalités systémiques, qui peuvent être liées à des facteurs économiques (manque de moyens pour attirer ou former des spécialistes), politiques (insuffisance de planification ou de priorités dans la politique de santé publique), ou géographiques (zones périphériques ou isolées).

Cela crée une fracture sanitaire où les populations concernées se retrouvent confrontées à un accès limité à des soins de qualité, ce qui peut exacerber leur vulnérabilité face à la maladie.

✓ *La télémédecine comme solution perçue aux disparités*

La proposition d'un échange en ligne avec un spécialiste traduit une perception positive des outils numériques comme moyen de pallier les lacunes structurelles des systèmes de santé. Cela met en avant une révolution technologique dans la manière dont les soins sont fournis et perçus. En sociologie, cette évolution peut être analysée à travers le prisme de la modernité réflexive, un concept développé par Anthony Giddens(1984), qui souligne comment les sociétés modernes utilisent les technologies pour répondre aux défis complexes de la vie quotidienne.

La télémédecine, en permettant un contact virtuel avec des spécialistes qui ne sont pas physiquement présents, offre une solution alternative aux barrières géographiques et économiques. Cette capacité à "transcender la distance" reflète une transformation des pratiques sociales dans le domaine médical, où l'accent est mis sur l'accessibilité numérique pour compenser les carences locales. Cependant, bien que cela semble être une solution prometteuse, elle soulève également des questions sur l'équité d'accès : toutes les populations n'ont pas les mêmes compétences technologiques ou les mêmes moyens pour bénéficier de ces outils.

✓ *Soulager le malade : le rôle de la communication et de la proximité*

Le propos insiste sur l'idée que cet échange en ligne pourrait "soulager un malade", ce qui suggère que, même en l'absence d'un soin

physique direct, la communication avec un spécialiste de santé est perçue comme un moyen efficace de réduire l'anxiété ou de donner des indications précieuses. Cela rejoint les travaux de Michel Foucault(2004) sur la biopolitique, selon lesquels les systèmes de santé ne sont pas seulement des moyens de guérir les corps, mais aussi des institutions de gestion des esprits et des émotions.

Dans ce contexte, la parole médicale devient un outil thérapeutique à part entière. Le simple fait de pouvoir dialoguer avec un professionnel qualifié, même à distance, peut renforcer la relation de soin et répondre au besoin du patient de se sentir écouté et pris en charge. Cela témoigne d'un déplacement partiel des attentes des patients, où l'information médicale et l'assurance psychologique deviennent aussi importantes que l'acte médical lui-même.

✓ *Spécialisation et légitimité des soignants*

Le recours aux spécialistes mentionné dans cette déclaration reflète également une attente croissante envers des soins hyper-spécialisés, ce qui illustre une transformation dans les perceptions sociales de la médecine. Selon Pierre Bourdieu (Op cit), le champ médical est structuré par des relations de pouvoir et des distinctions entre différents niveaux de compétence et de légitimité. Ici, l'absence de spécialistes dans le centre de santé local est perçue comme un manque, ce qui souligne l'importance accordée à la compétence experte dans la prise en charge des maladies complexes.

Cependant, cette attente d'un accès à des spécialistes par des moyens numériques met aussi en avant un changement des normes sociales autour de la santé. Autrefois centrée sur la proximité géographique, la demande de soins s'oriente désormais vers une mobilité virtuelle permettant d'accéder à des soins de qualité indépendamment des contraintes spatiales.

✓ *Technologie et justice sociale*

Enfin, la proposition d'un échange en ligne avec un spécialiste ouvre un débat sur la justice sociale et les limites de la médecine numérique. Si cette solution semble prometteuse pour réduire les inégalités territoriales, elle soulève des problèmes structurels liés à l'accessibilité technologique. Comme le soulignent les travaux de

Manuel Castells(1996) sur la société en réseau, les outils numériques créent des opportunités, mais renforcent également les fractures numériques entre ceux qui ont les moyens technologiques, économiques et culturels de les utiliser et ceux qui en sont exclus.

Pour que cette proposition soit véritablement inclusive, il serait nécessaire de garantir que ces solutions numériques soient accessibles aux populations marginalisées. Cela implique des investissements publics pour équiper les centres de santé avec des outils numériques, former les soignants et les patients à leur utilisation, et fournir un accès internet abordable, notamment dans les zones rurales ou défavorisées.

Ce propos reflète une tension entre les défis structurels du système de santé traditionnelle (inégalités territoriales et manque de spécialistes) et les opportunités offertes par la télémédecine comme solution perçue pour améliorer l'accès aux soins. D'un point de vue sociologique, il illustre une reconfiguration des pratiques médicales et des attentes sociales à l'ère de la numérisation, tout en soulevant des enjeux importants en matière de justice sociale, de proximité humaine, et de fiabilité technologique. La télémédecine peut être une voie prometteuse, mais elle ne pourra être véritablement efficace et équitable qu'en tenant compte des dimensions sociales et structurelles qui entourent son déploiement.

b) Espoir de réduction des inégalités de santé

La perception de la télémédecine peut être très positive chez ceux qui considèrent que cette technologie pourrait réduire les inégalités de santé entre les zones rurales et urbaines. Si les populations rurales voient la télémédecine comme un moyen d'obtenir des soins à moindre coût, ou plus rapidement, elles pourraient y voir une promesse d'amélioration de leur qualité de vie et de leur bien-être. Cette affirmation éclaire : « *Je pense que donner les soins en ligne est aussi bien. Car, on n'a pas tous les moyens de déplacements. Alors, s'il y a possibilité d'avoir des médicaments à acheter après un échange téléphonique avec un médecin, cela soulage énormément* »

Ce propos met en évidence plusieurs dimensions sociologiques autour de l'accessibilité aux soins, des inégalités économiques et géographiques, et de l'impact des technologies numériques sur les pratiques de santé. Il reflète également une tension entre la

modernisation des services de santé et les défis sociaux liés à leur mise en œuvre.

✓ *L'accessibilité et la démocratisation des soins grâce au numérique*

La déclaration souligne que les soins en ligne sont perçus comme une solution efficace pour les personnes qui rencontrent des difficultés de déplacement. Ce point met en lumière un enjeu sociologique central : l'inégalité d'accès aux soins liée à la mobilité géographique. Les zones rurales, les quartiers périphériques ou les personnes économiquement précaires sont souvent confrontés à des difficultés pour accéder à des infrastructures médicales, en raison des coûts, des distances, ou d'un réseau de transport insuffisant.

Selon les travaux de Paul Farmer(1996) sur les inégalités structurelles en matière de santé, les obstacles physiques et économiques à l'accès aux soins sont des manifestations concrètes des inégalités sociales plus larges. La télémédecine, en permettant un échange médical à distance, est ici perçue comme une solution potentiellement égalitaire, en réduisant la dépendance au déplacement et en offrant un accès à des services de santé, même dans des contextes défavorisés.

✓ *Les limites économiques et sociales des soins traditionnels*

Le propos souligne également l'impact des contraintes financières sur l'accès aux soins, notamment en ce qui concerne les déplacements. Cette dimension renvoie à une analyse des inégalités économiques dans l'accès aux services de santé. En sociologie, cette question est abordée par Pierre Bourdieu, qui explore comment les inégalités de capital économique influencent la capacité des individus à accéder à des services essentiels. Dans ce cas, les soins en ligne sont perçus comme une innovation adaptée aux contraintes des populations vulnérables, en supprimant les frais de déplacement ou en réduisant le temps perdu à chercher un soin médical.

De plus, cette perception met en avant un besoin de flexibilité dans la prestation des soins, particulièrement pour les populations précaires, qui peuvent avoir des emplois instables, des responsabilités familiales, ou des ressources financières limitées.

✓ *La médecine numérique comme palliatif*

La déclaration mentionne la possibilité de recevoir des conseils et des prescriptions à distance, ce qui met en avant le rôle de la télémédecine comme palliatif aux insuffisances structurelles des systèmes de santé traditionnels. Dans les contextes où les infrastructures médicales sont limitées, la numérisation des soins permet de réduire les délais d'accès aux services et d'éviter des consultations en personne pour des problèmes qui peuvent être résolus à distance.

Cependant, selon les travaux de Michel Foucault (Op cit) sur la biopolitique, cette numérisation pose des questions sur la manière dont les systèmes de santé gèrent les populations en situation de précarité. Si les soins en ligne peuvent être perçus comme une avancée, ils risquent aussi d'être instrumentalisés pour réduire les coûts des systèmes de santé au détriment des soins physiques, notamment pour les populations marginalisées. Cela pourrait entraîner une forme de bifurcation des soins, où les élites auraient accès à des soins physiques complets, tandis que les plus vulnérables seraient cantonnés à des solutions numériques.

✓ *Les soins numériques comme source de soulagement émotionnel et logistique*

Le propos mentionne que cette approche "soulage énormément", ce qui illustre l'importance de l'effet psychologique et logistique des solutions numériques en santé. En effet, la possibilité d'avoir un échange téléphonique avec un médecin et d'obtenir une prescription peut réduire le stress lié à l'attente, les déplacements coûteux, ou le sentiment d'isolement. Cet aspect rejoint les théories d'Herbert Mead sur l'interaction symbolique, selon lesquelles la relation humaine, même médiatisée par la technologie, peut générer un sentiment de sécurité et d'empathie, crucial pour le bien-être des patients.

En revanche, cette approche pourrait être critiquée du point de vue de l'humanisation des soins. Les interactions en ligne, bien qu'efficaces, pourraient manquer de chaleur humaine et de la proximité émotionnelle souvent associées aux soins traditionnels en face-à-face. Cela pourrait limiter l'impact positif des soins pour

certains patients qui valorisent fortement le contact direct avec le médecin.

✓ *La prescription médicale et la confiance dans les systèmes de santé numériques*

Le propos fait allusion à la possibilité de recevoir une prescription après un échange téléphonique, ce qui reflète une redéfinition des pratiques médicales et des attentes des patients. Cela illustre une transition vers une médecine de conseil où les actes physiques (consultation en personne, examen clinique) ne sont plus systématiquement nécessaires pour diagnostiquer et soigner certains problèmes de santé.

Toutefois, selon les travaux d'Émile Durkheim(1893) sur la solidarité sociale, ce type d'interaction repose sur un niveau élevé de confiance sociale entre les patients et les médecins. Cette confiance peut être fragilisée si les patients perçoivent les soins numériques comme moins rigoureux ou moins fiables que les soins traditionnels. Dans des contextes où les systèmes de santé sont déjà critiqués pour leur manque de qualité ou leur inefficacité, l'introduction de soins numériques pourrait susciter des résistances ou des doutes.

Ce propos met en lumière les opportunités offertes par les soins numériques, notamment en termes d'accessibilité et de réduction des contraintes logistiques pour les patients. La télémédecine est perçue comme une réponse pratique aux inégalités d'accès aux soins liées aux limites économiques, géographiques et infrastructurelles des systèmes traditionnels. Cependant, elle soulève aussi des enjeux importants en termes de justice sociale, de confiance et de qualité perçue des soins.

Pour que cette approche soulage réellement les populations vulnérables, il est crucial que les systèmes de santé numériques soient intégrés de manière équitable, en tenant compte des besoins sociaux, économiques, et culturels des patients. La télémédecine doit compléter, et non remplacer, les soins physiques pour garantir une inclusion équitable et préserver l'humanité de la relation soignant-soigné.

3.2. Effets tangibles de la télémédecine sur l'amélioration de l'accès aux soins

L'étude a montré que la télémédecine pourrait avoir un impact direct et mesurable sur l'amélioration de l'accès aux soins, en particulier dans les zones où les ressources médicales sont limitées. Voici comment elle se traduit concrètement :

✓ Réduction des distances géographiques et gain de temps

Dans les régions isolées ou rurales telle qu' Akabia, la télémédecine pourrait permettre aux patients de consulter des médecins à distance, sans avoir à parcourir de longues distances pour se rendre dans un centre de santé. Cela est particulièrement utile pour les populations vivant dans des zones où les infrastructures de transport sont limitées ou coûteuses. Grâce à la télémédecine, les délais pour obtenir une consultation médicale peuvent être significativement réduits. Les patients n'ont plus besoin d'attendre plusieurs semaines pour voir un spécialiste, ce qui accélère les diagnostics et les traitements. Ce propos illustre : « *Nous sommes très éloignés des centres de services spécialisés. Alors, il y a possibilité pour nous les vieilles personnes qui n'avons plus de force nécessaire de se déplacer et qui la plus part d'entre nous souffrent d'hypertension artérielle ou le diabète, si, on peut bénéficier des consultations en ligne avec des spécialistes de santé, cela nous soulagerait énormément* »

Le propos exprimé ici soulève plusieurs enjeux sociologiques qui touchent aux thématiques de l'accès aux soins, de la technologie, et des inégalités territoriales et générationnelles. Il s'inscrit dans un contexte où les transformations technologiques, notamment dans le domaine de la télémédecine, sont envisagées comme des réponses potentielles à des problématiques structurelles.

1. Inégalités territoriales et accès aux soins

Le propos souligne une disparité géographique dans l'accès aux services de santé. Les personnes âgées vivant dans des zones rurales ou éloignées des centres urbains sont souvent confrontées à un manque de services de proximité, illustrant une forme d'inégalité spatiale. Ce phénomène s'inscrit dans une dynamique plus large de concentration

des services publics et privés dans les grands centres urbains, une tendance qui renforce la marginalisation des territoires périphériques.

L'idée d'avoir recours aux consultations en ligne peut être interprétée comme une tentative de compensation des fractures territoriales. Cependant, cette solution pose elle-même des questions sur l'infrastructure numérique (accès à Internet, équipement technologique), souvent insuffisante dans ces zones, ce qui reproduit ou exacerbe des inégalités d'accès aux innovations technologiques.

2. Vieillesse et vulnérabilité

La population âgée constitue un groupe social vulnérable dans ce contexte, marqué par une dépendance accrue et des limitations physiques. Le propos met en lumière deux aspects spécifiques :

La perte de mobilité, liée à une diminution des forces physiques. Ce constat renvoie aux travaux de sociologues comme Michel Foucault qui ont examiné la manière dont les corps vieillissants deviennent des objets de gestion biomédicale.

La prévalence des maladies chroniques, telles que l'hypertension et le diabète, souligne l'importance de solutions adaptées aux besoins de soins continus et réguliers. Cette situation est souvent décrite par les théories du "care", qui mettent en avant l'urgence de dispositifs capables de répondre à ces besoins dans des conditions d'accessibilité.

3. Technologie comme solution potentielle : une réponse ambivalente

L'introduction de la télémédecine est perçue ici comme une solution innovante qui pourrait soulager une population marginalisée. Cependant, cette solution doit être analysée de manière critique sous trois angles :

L'inclusion numérique : Pour que la télémédecine soit efficace, les usagers doivent disposer non seulement d'un accès technique (connexion Internet, dispositifs numériques), mais aussi d'une littératie numérique suffisante. Or, les personnes âgées, bien qu'elles soient de plus en plus connectées, restent souvent en marge des compétences numériques, créant une nouvelle fracture sociale.

La déshumanisation des relations de soin : Les consultations en ligne, bien qu'efficaces dans de nombreux cas, risquent de réduire la

dimension humaine du rapport soignant-soigné. Cette crainte renvoie aux critiques formulées par les sociologues de la technique, comme Bruno Latour, sur le fait que la médiation technologique peut transformer la qualité des interactions humaines.

La délégation aux technologies : Cette proposition peut être interprétée comme un symptôme d'un désengagement de l'État ou d'une privatisation accrue des services de santé. En misant sur des solutions numériques, on risque d'accentuer la responsabilité individuelle dans la gestion de la santé, au détriment des solutions structurelles (développement des infrastructures physiques et humaines en santé).

4. Rapports intergénérationnels et rôle des politiques publiques

Enfin, cette situation révèle un déplacement des responsabilités entre les générations et les institutions. Les personnes âgées, souvent isolées socialement, se trouvent dans une position où elles doivent s'adapter à des solutions qui ne tiennent pas toujours compte de leurs réalités quotidiennes. Cela met en lumière une tension entre des logiques de modernisation technologique et des besoins concrets de groupes sociaux spécifiques.

Les politiques publiques doivent être interrogées à ce sujet : l'accent mis sur des solutions numériques est-il un choix par défaut pour pallier des insuffisances budgétaires dans les infrastructures de santé classiques ? Ces stratégies participent-elles réellement à une réduction des inégalités ou renforcent-elles des logiques de marginalisation pour les plus vulnérables ?

Ce propos met en lumière des dynamiques complexes où se croisent inégalités sociales, vulnérabilité générationnelle et transformations technologiques. Une analyse sociologique complète exige de réfléchir aux conditions d'implantation de solutions technologiques dans des contextes où des inégalités préexistantes risquent d'être amplifiées si les politiques publiques et les initiatives collectives ne prennent pas en compte la diversité des besoins et des capacités des populations concernées.

✓ *Continuité des soins*

Les technologies de télémédecine facilitent un suivi médical régulier, même pour des patients atteints de maladies chroniques, en permettant des consultations fréquentes sans contraintes logistiques. Cette assertion éclaire : « *Pour moi, un malade d'hypertension a besoin d'un suivi régulier. Alors, pour moi, les consultations en ligne, je parle de message numérique ou par appel vidéo sont une manière de continuer les soins de façon régulière. Le malade pourra résister longtemps à la maladie ou en guérir. Car, l'homme soigne et Dieu guérit et toute création de l'homme que ça soit en médecine ou ailleurs, est une inspiration de dieu. Alors, je suis d'accord pour ce projet de consultation en ligne* »

Ce propos peut être analysé en sociologie sous plusieurs axes : la gestion des maladies chroniques, les transformations technologiques des pratiques médicales, et l'articulation entre croyances religieuses et rationalité technique. Voici une déconstruction sociologique de cette déclaration.

1. La gestion des maladies chroniques : un enjeu de régularité et d'accessibilité

L'insistance sur le besoin d'un suivi régulier dans le cadre de l'hypertension artérielle met en lumière un problème clé des maladies chroniques dans les sociétés contemporaines. Contrairement aux pathologies aiguës, ces maladies nécessitent un accompagnement continu, impliquant des consultations fréquentes, des ajustements thérapeutiques, et une éducation sanitaire.

L'hypertension comme symptôme social : L'hypertension n'est pas seulement une condition médicale, elle est aussi liée à des facteurs socio-économiques (stress, alimentation, accès aux soins). Cela inscrit le propos dans une réflexion plus large sur les inégalités sociales de santé : les populations marginalisées, en raison de contraintes financières ou géographiques, sont souvent les plus touchées et les moins bien suivies.

La télémédecine comme outil d'adaptation : En proposant les consultations en ligne comme un moyen de maintenir ce suivi régulier,

le propos souligne une adéquation perçue entre les besoins des malades chroniques et les outils numériques. Cela reflète une transition dans la pratique médicale, où les soins s'adaptent aux contraintes de mobilité, de temps, et de disponibilité.

2. Technologie et humanisation des soins

L'idée que les consultations en ligne permettent de "continuer les soins de façon régulière" suggère une normalisation de la technologie comme prolongement du soin médical. Cette perception reflète une transformation des routines de soins, où la relation médecin-patient est médiée par des outils technologiques.

Avantages perçus : La télémédecine est ici associée à des bénéfices concrets, tels que la continuité des soins et une meilleure résistance à la maladie. Cela met en lumière la flexibilité offerte par la technologie, particulièrement pour des patients ayant des contraintes physiques ou logistiques.

Critique sociologique potentielle : Cependant, la médiation technologique pourrait également poser des défis, notamment la réduction de l'interaction humaine directe dans la relation soignant-soigné. Cela évoque une tension entre l'efficacité technique et l'humanité des soins, une problématique souvent abordée dans les travaux de sociologues comme Ivan Illich ou Bruno Latour.

3. Le rapport entre croyance religieuse et rationalité technique

La phrase "l'homme soigne et Dieu guérit" exprime une articulation entre deux régimes de pensée souvent perçus comme opposés : la rationalité scientifique et la foi religieuse. Ici, il n'y a pas de contradiction perçue, mais une complémentarité.

La médecine comme inspiration divine : La technologie médicale et, par extension, les consultations en ligne sont vues comme des manifestations de la volonté divine ou comme des "inspirations". Cette vision valorise l'innovation humaine tout en la subordonnant à une puissance transcendante. Sociologiquement, cela reflète une forme de modernité religieuse, où science et foi coexistent harmonieusement.

Régulation des pratiques : Ce type de discours peut être mis en parallèle avec des travaux sur la religion et la modernité (notamment ceux de Max Weber ou Émile Durkheim). Weber pourrait interpréter

cette perspective comme une tentative d'intégrer le progrès technique dans un cadre de légitimité religieuse, tandis que Durkheim y verrait une manière de renforcer le sens collectif autour de valeurs transcendantes.

4. Adhésion aux innovations comme pratique sociale

L'adhésion explicite au "projet de consultation en ligne" indique une ouverture aux innovations technologiques, mais elle doit être replacée dans un contexte sociologique plus large :

Acculturation à la technologie : Ce propos pourrait être interprété comme le reflet d'une adaptation progressive de certaines catégories de la population (notamment les personnes croyantes ou issues de milieux traditionnels) à des formes de soins modernes. Cela montre que l'acceptation des technologies n'est pas seulement technique ou rationnelle, mais qu'elle est aussi tributaire des cadres symboliques qui la rendent légitime.

Légitimation sociale : En reliant la technologie médicale à une volonté divine, ce discours contribue à la rendre acceptable dans des contextes où les innovations techniques peuvent susciter des réticences culturelles ou idéologiques. Ce processus de domestication des technologies est un thème récurrent en sociologie des sciences et techniques. Ce propos illustre une articulation riche entre besoins sanitaires, transformation technologique, et cadres symboliques.

La sociologie met en lumière les dynamiques multiples en jeu :

- ✓ L'adaptation de la médecine aux contraintes des maladies chroniques et à l'évolution des besoins.
- ✓ L'hybridation des logiques rationnelles et spirituelles, qui facilite l'acceptation des innovations médicales.
- ✓ Les implications sociales des technologies, qui ne sont jamais neutres, mais sont inscrites dans des rapports de pouvoir, de foi, et de dépendance.

Ce discours traduit ainsi une tentative de concilier modernité technique et croyances traditionnelles, tout en répondant aux enjeux d'accessibilité et de continuité des soins.

Discussion

La télémédecine suscite des perceptions variées au sein des communautés rurales ivoiriennes, reflétant une réalité à la fois complexe et multidimensionnelle. Son adoption est influencée par des facteurs culturels, sociaux, économiques et technologiques. D'une part, elle est perçue comme une opportunité précieuse pour améliorer l'accès aux soins dans des régions souvent démunies en services de santé. D'autre part, des résistances subsistent, nourries par des préoccupations d'ordre culturel et par des lacunes en matière d'infrastructure.

Pour garantir son adoption et son efficacité, il est essentiel de mettre en œuvre des initiatives adaptées, incluant des campagnes de sensibilisation, des programmes de formation, et le renforcement des infrastructures technologiques. Ces interventions doivent impérativement tenir compte des particularités culturelles et sociales propres aux communautés rurales.

Ainsi, la télémédecine ne se réduit pas à une innovation technique ; elle constitue une réponse concrète aux défis structurels liés à l'accès aux soins. Cependant, sa réussite repose sur la combinaison de plusieurs facteurs : des infrastructures fiables, une éducation numérique appropriée, et une acceptation culturelle dans les milieux concernés.

À la lumière des résultats précédemment exposés, nous adoptons un corpus discursif d'orientation économique. Ce choix méthodologique ne vise pas à représenter exhaustivement l'ensemble des données obtenues, mais à se concentrer sur les éléments pivots, évitant ainsi toute redondance analytique. Dans cette perspective, l'analyse s'articule autour d'un objet central : *les perceptions de la télémédecine au sein des communautés*. Cette focalisation permet de dégager des insights significatifs tout en maintenant une cohérence interprétative dans le cadre de l'étude.

La télémédecine suscite des perceptions diverses au sein des communautés rurales ivoiriennes, mettant en lumière une réalité complexe et multiforme. Son adoption dépend de plusieurs facteurs, notamment culturels, sociaux, économiques et technologiques. D'une part, elle est vue comme une solution précieuse pour améliorer l'accès

aux soins dans des zones souvent dépourvues de services de santé. D'autre part, des réticences persistantes, alimentées par des préoccupations culturelles et des insuffisances infrastructurelles, freinent son adoption.

Ce résultat corrobore les recherches de l'HAS (2020), qui soulignent que la télésurveillance représente un levier clé pour améliorer la qualité et l'efficacité des soins. Elle permet un suivi continu des patients, facilité par des échanges fluides avec les professionnels de santé. Son objectif principal est d'améliorer la qualité de vie des patients en prévenant les complications et en assurant une prise en charge proche de leur lieu de vie. Cela nécessite une organisation spécifique, centre sur la coordination de divers acteurs autour du patient, afin de mettre en place la télésurveillance médicale, fournir les solutions techniques nécessaires et assurer un suivi personnalisé et adapté, en veillant à une prise en charge continue et à une réactivité optimale.

Conclusion

La télémédecine dans les communautés rurales ivoiriennes suscite une perception à la fois riche et diversifiée, influencée par des dynamiques culturelles, sociales, économiques et technologiques. D'un côté, elle est vue comme une opportunité précieuse pour améliorer l'accès aux soins dans des zones insuffisamment équipées. De l'autre, elle fait face à des obstacles liés aux particularités culturelles et au déficit d'infrastructures adéquates. Afin de garantir son efficacité et une adoption large, il est essentiel de mettre en place des initiatives spécifiques de sensibilisation, de formation, et de renforcement des infrastructures numériques, tout en respectant les réalités culturelles et sociales propres à ces communautés.

Cette situation montre que la télémédecine dépasse son rôle d'innovation technologique pour devenir une réponse potentielle aux défis structurels de l'accès aux soins. Cependant, sa réussite repose sur la disponibilité d'infrastructures adaptées, le développement des compétences numériques et une intégration harmonieuse dans les contextes culturels des populations concernées.

Cette étude s'inscrit dans un champ interdisciplinaire, mobilisant des perspectives sociologiques, économiques, technologiques et

médicales pour explorer la problématique des inégalités de santé en milieu rural ivoirien. Sa portée scientifique peut être analysée selon plusieurs axes : l'étude met en lumière les inégalités structurelles dans l'accès aux soins en Côte d'Ivoire, en particulier dans les zones rurales. Elle éclaire :

- ✓ Les disparités territoriales dans la répartition des infrastructures et des professionnels de santé.
- ✓ Les dynamiques socio-économiques et culturelles qui renforcent ces inégalités, telles que la pauvreté, la distance géographique, et les croyances locales.

En ce sens, l'étude contribue à une meilleure compréhension des déterminants sociaux de la santé dans les contextes ruraux d'Afrique subsaharienne, un sujet encore insuffisamment exploré dans la littérature scientifique.

L'analyse des promesses et limites de la télémédecine permet de dépasser une vision purement techniciste ou optimiste. L'étude offre une évaluation nuancée :

- ✓ Elle examine les potentiels de la télémédecine pour pallier les carences des systèmes de santé ruraux, notamment en termes de continuité des soins et de réduction des disparités géographiques.
- ✓ Elle identifie des obstacles structurels (faiblesse des infrastructures numériques, manque de littératie numérique) et des résistances culturelles (méfiance envers les technologies, importance du contact physique dans les pratiques de soin).

Ce positionnement critique enrichit la réflexion sur l'intégration des technologies dans les politiques de santé publique.

L'étude offre des recommandations concrètes pour les décideurs et acteurs du secteur de la santé, en mettant en avant des actions prioritaires, telles que :

- Le renforcement des infrastructures numériques en milieu rural.
- La mise en place de programmes de sensibilisation et de formation à la télémédecine.
- L'adaptation des solutions technologiques aux spécificités culturelles et sociales locales.

Ces apports ont une portée pragmatique, contribuant à orienter les stratégies de déploiement de la télémédecine dans un cadre qui prend en compte les réalités ivoiriennes.

L'étude mobilise une approche exclusivement qualitative (analyse des perceptions des usagers). Ce cadre méthodologique :

- ✓ Permet de saisir les perceptions et expériences des populations concernées, souvent invisibilisées dans les approches macroéconomiques ou technologiques.
- ✓ Établit une corrélation entre des facteurs structurels (infrastructures, politiques publiques) et des dimensions subjectives (attentes et résistances culturelles).

Cette approche peut inspirer des études similaires dans d'autres contextes géographiques.

Enfin, l'étude contribue à deux champs théoriques :

Sociologie des inégalités de santé : Elle illustre comment les innovations technologiques peuvent être à la fois des leviers de réduction des inégalités et des sources potentielles de nouvelles fractures (fracture numérique, inégalités d'accès à la formation).

Sociologie des techniques : En analysant les interactions entre la télémédecine et les contextes sociaux, elle enrichit la compréhension

des processus d'appropriation et de domestication des technologies dans des environnements culturellement spécifiques.

En somme, l'étude sur « *La télémédecine comme solution aux inégalités de santé en milieu rural ivoirien : promesses et limites* » a une portée scientifique majeure. Elle contribue à la compréhension des enjeux de santé en contexte rural, propose des solutions adaptées aux défis identifiés et nourrit des débats théoriques sur les rapports entre innovation technologique, inégalités sociales et dynamiques culturelles. Elle constitue une référence importante pour les chercheurs, les décideurs politiques et les acteurs du développement en Afrique subsaharienne.

Bibliographie

Bourdieu Pierre (1979), *La distinction : Critique sociale du jugement*, Les Éditions de Minuit, Paris.

Bourdieu Pierre (1979), *La distinction : Critique sociale du jugement*, Minuit, Paris.

Castells Manuel (1996), *La société en réseau (ou L'essor de la société en réseau)*, Paris.

Cipriani Sara (2023), *Étude de pratiques : utilisation de la téléconsultation dans les services de prévention et santé au travail pendant la pandémie de COVID-19 et perspectives*, https://pepitedepot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2023/2023ULILM171.pdf

Durkheim Émile(1893), *De la division du travail social*, Félix Alcan (édition originale), Paris.

Foucault Michel (1963), *Naissance de la clinique : Une archéologie du regard médical*, Presses Universitaires de France (PUF), Paris.

Fassin Didier (2021), *Les Mondes de la santé publique. Excursions anthropologiques*, publié aux éditions Seuil.

Foucault Michel (2004), *Naissance de la biopolitique : cours au Collège de France (1978-1979)*" de Gallimard et Le Seuil.

Farmer Paul (1996), *La société en réseau (L'essor de la société en réseau)*, Paris.

Giddens Anthony (1984), *The Constitution of Society: Outline of the Theory of Structuration*, Polity Press, Cambridge.

Goffman Erving (1973), *La présentation de soi : études de sociologie sociale* (en anglais : *The Presentation of Self in Everyday Life*), Les Éditions de Minuit, Paris, (la première publication en anglais date de 1959) Howard S. Becker sur la médecine comme relation sociale.

Haute Autorité de Santé (2020), *Évaluation économique de la télésurveillance pour éclairer la décision publique Quels sont les choix efficaces au regard de l'analyse de la littérature ?* 10 décembre 2020, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/rapport_evaluation_telesurveillance.pdf

Hochschild Arlie Russell (1983), *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*, University of California Press, Berkeley, California.

Le Goff-Pronost Myriam, Lethiais Virginie (2003), *Planification de l'offre de soins et télémedecine. Géographie, Économie, Société*, 5 (3-4), pp.359-378. ff10.1016/S1295-926X(03)00056-Xff. ffhal-02138136, <https://hal.science/hal-02138136/document>.

Mead Herbert George (1934), *L'esprit, le moi et la société*, University of Chicago Press, Chicago.

Mead Herbert George (1959), *L'Esprit, le moi et la société*, Payot, Paris.

Passeron Jean-Claude (coécrit avec Pierre Bourdieu) (1964), *Les Héritiers : les étudiants et la culture*, Les Éditions de Minuit, Paris.

Passeron Jean-Claude (coécrit avec Pierre Bourdieu) (1970), *La Reproduction : éléments pour une théorie du système d'enseignement*, Les Éditions de Minuit, Paris.

Ramel Viviane(2020), *Les technologies numériques en santé face aux inégalités sociales et territoriales : une sociologie de l'action publique comparée*. Science politique. Université de Bordeaux, https://theses.hal.science/tel-02963193/file/RAMEL_VIVIANE_2020.pdf

Walter Benjamin (1966), *L'œuvre d'art à l'époque de sa reproduction mécanique*, Gallimard, Paris.

Walter Benjamin (1936), *Das Kunstwerk im Zeitalter seiner technischen Reproduzierbarkeit*.

Weber Max (1968), *Économie et société : Fondements d'une sociologie compréhensive*, Gallimard, Paris (la première publication en allemand : *Grundrisse der verstehenden Soziologie* date de 1922).

Zygmunt Bauman (2003), *Liquid Modernity, La modernité liquide*, Fayard, Paris.